



# Syndrome de Sheehan : une grossesse est toujours possible

M. Soussou , G. El Mghari , N. El Ansari

Service d'Endocrinologie Diabétologie , Maladies Métaboliques et Nutrition.

CHU Mohammed VI Marrakech. Laboratoire de Pneumologie Cardio-immunologie et Métabolisme (PCIM).

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Université Cadi Ayyad

## Introduction:

- ❖ Le syndrome de Sheehan, ou nécrose hypophysaire du postpartum, réalise une insuffisance hypophysaire globale ou dissociée.
- ❖ Cette pathologie est encore observée dans les pays en voie de développement.
- ❖ La survenue de grossesse, ainsi que son bon déroulement lors de ce syndrome est rare.
- ❖ L'objectif est de rapporter un cas de survenue de grossesse spontanée chez une patiente suivie pour syndrome de Sheehan, ainsi que les principes de prise en charge.

## Observation:

### Identité:

- H.T., 38 ans, mère de deux enfants .

### Motif de consultation:

-Syndrome de Sheehan et grossesse de 8SA.

### Antécédents

- 3 G, 2 P, 2 EV , (8 ans et 5 ans),actuellement enceinte au 8SA(grossesse non désirée).

### Histoire de la maladie :

•Il y a 5 ans à la suite d'un accouchement par césarienne

=>survenue d'une hémorragie avec:

Transfusion de trois culots globulaire  
Séjour de 10 jours en réanimation.

•La patiente rapporte la survenue d'asthénie, chute de cheveux(sourcils),hypoglycémie ressentie non chiffrée, avec absence de montée laiteuse.

•A distance de l'accouchement:

=>Trouble de cycle: Spanioménorrhée.

•Diagnostic fait à 3 ans d'intervalle sur la base des dosages hormonaux. La patiente a été mise sous hydrocortisone 30mg / jour et sous levothyroxine 12,5 mcg/j.

•Actuellement enceinte, au 2ème mois de grossesse.

### Examen clinique

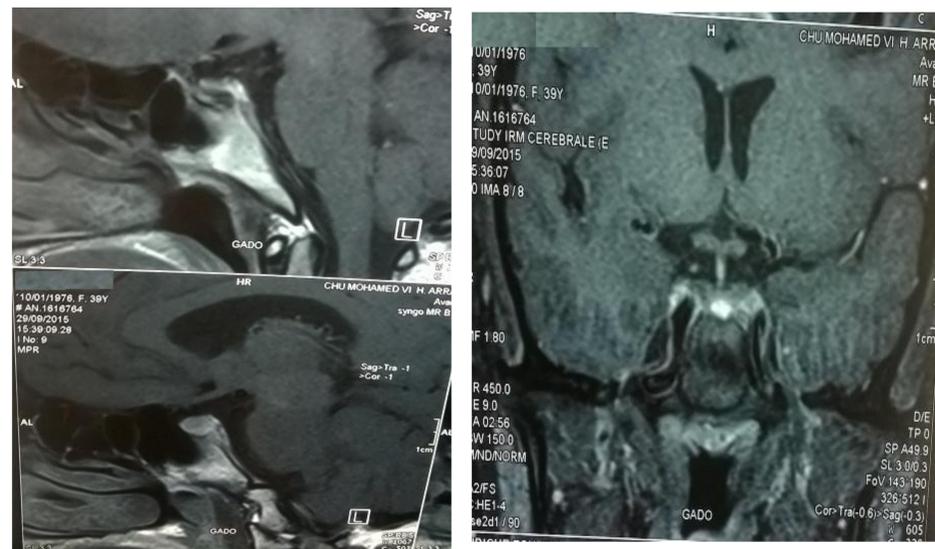
- Patiente anxieuse.
- Conjonctives normo-colorées.
- TA : 12 /70cmhg, FC : 70bpm, FR=20c/m
- Poids = 62 kg ,Taille = 1.59m , IMC :24,5kg/m2
- Glycémie capillaire = 0.76 g/l

### Au bilan paraclinique

- T 3I : 3,81pmol /L (3,1- 6,8)
- T4I : 19,02pmol/l (12-22)
- Cortisolémie: 5,21µg/ml (62-119)
- IRM hypophysaire: selle turcique vide( **images 1 et 2**).

### La conduite à tenir:

- Hydrocortisone : 20mg/jour.
- Levothyroxine :25µg/jour.
- Rassurer la patiente et insister sur l'intérêt du suivi.
- Un monitoring clinique et hormonal.
- Suivi obstétrical.



**Images 1 et 2:** aspect de selle pituitaire vide avec aspect étiré de la tige pituitaire.

## Discussion:

- Une grossesse spontanée survient rarement lors du syndrome de Sheehan.
- Chez notre patiente, après confirmation biologique du syndrome de Sheehan, les cycles menstruels sont restés irréguliers, la patiente ne prenait pas de contraception, malgré qu'elle ne désirait pas d'enfant.
- Par ailleurs il a été rapporté qu'une substitution hormonale inadéquate chez les femmes enceintes avec syndrome de Sheehan causerait 50% de fausse couche et 27% de mortalité maternelle.
- il existe une augmentation de besoins en hormones thyroïdiennes lors de la grossesse:
  - une augmentation des doses journalières de L-T4 est nécessaire pour maintenir FT4 à une de haut niveau (> 19,3 pmol / l' 10,3 à 25,8 pmol / L).
- Aussi il existe **un besoin d'augmenter la dose d'hydrocortisone de 50%** au cours du dernier trimestre de la grossesse
  - Lors de l'accouchement la dose d'hydrocortisone doit être augmentée et maintenue jusqu'à 48 h post-partum.
- Les grossesses chez les femmes ayant un hypopituitarisme ont un risque accru de complications de la grossesse.
  - il est donc crucial de surveiller les niveaux d'hormones maternelles et fœtales.**
  - un suivi obstétrical est également nécessaire pour l'évaluation de la croissance du fœtus.**

## Conclusion:

- ❖Puisque les signes d'hypopituitarisme sont peu spécifiques le diagnostic de syndrome de Sheehan devrait être considéré, chez toute patiente ayant une histoire d'hémorragie du post partum.
- ❖Chez les patientes avec une fonction gonadotrope conservée, l'utilisation de contraception devrait être conseillée si non désireuse de grossesse .Il est aussi indispensable chez ses femme de suivre étroitement leurs grossesses pour éviter toute morbi-mortalité materno fœtal.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## Bibliographie:

\*Xue Du and al. Hypopituitarism and successful pregnancy. nt J Clin Exp Med 2014;7(12):4660-4665

\*Thomas VP, Sathya B, George S, et al. Pregnancy in a patient with hypopituitarism following surgery and radiation for a pituitaryadenoma. J Postgrad Med. 2005;51:223-224.